

Fecha de la solicitud: ____/____/____ (dd/mm/aaaa) Fecha de recibido: ____/____/____ (dd/mm/aaaa)

PARA USO DE LA COMPAÑÍA:			
No. póliza:	Riesgo:	Código del cliente:	
DATOS GENERALES DEL CLIENTE CONTRATANTE DE LA PÓLIZA:			
Nombres/Razón social:		Apellidos/Razón comercial:	
Cédula/Pasaporte o R.U.C.:	D.V.	Fecha de nacimiento o constitución ____/____/____ (dd/mm/aaaa)	
País de Nacimiento/País de Constitución:		Género: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Estado civil: Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/>
Nacionalidad (es):		Persona contacto (para jurídico):	
Tipo de persona jurídica: Soc. Anónima <input type="checkbox"/> Soc. Responsabilidad Limitada <input type="checkbox"/> Soc. Civil <input type="checkbox"/> PH/Condominio <input type="checkbox"/> ONG Fundación Interés Privado <input type="checkbox"/> Fundación Interés Público <input type="checkbox"/> Cooperativa <input type="checkbox"/> Escuela <input type="checkbox"/> Empresa extranjera <input type="checkbox"/> Consulado <input type="checkbox"/> Embajada <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> : _____			
Lugar o lugares donde el cliente tributa por sus ingresos:			
DIRECCIÓN RESIDENCIAL (PN) / DIRECCIÓN COMERCIAL PRINCIPAL (PJ):			
País:	Provincia:	Distrito:	
Corregimiento:		Urbanización:	
Calle/Av.:	Edificio:	Piso:	Apto./Casa:
Teléfono residencial:	Celular:	Email personal:	
DATOS OCUPACIONALES:			
Profesión:		Ocupación actual:	
Lugar de trabajo:		Dirección de la empresa:	
Actividad de la empresa (usar para contratante PJ también):			
Teléfono Oficina:	Fax:	Email de la oficina:	
DATOS GENERALES:			
Si el asegurado es distinto al cliente contratante deberá completar un formulario con los datos arriba indicados para su registro o actualización de datos.			
Asegurado:		Cédula/Pasaporte/RUC:	
Conductor adicional:		Cédula/Pasaporte:	
<small>Nota: Indicar en documento aparte si la póliza llevará más de una unidad y los detalles de cada una.</small>			
DATOS DE LA PÓLIZA Y BIEN A ASEGURAR:			
Vigencia:			
Desde: ____/____/____ (dd/mm/aaaa)		Hasta: ____/____/____ (dd/mm/aaaa)	
Acreedor Hipotecario:		o Leasing:	
Plan:	Placa:	Año:	
Marca:	Modelo:	Valor del auto:	
Uso:	Color:	Tipo:	
No. de motor:		No. de chasis:	
Tonelaje (solo vehículos comerciales):		Prima anual (no incluye impuesto):	
¿Utiliza usted el auto para transporte de pasajeros, Uber o similares, u otro proveedor de este servicio? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Medidas de seguridad del auto:			

DATOS DE COBRANZA:	
Responsable de pago:	Igual al contratante de la póliza <input type="checkbox"/> Igual al asegurado de la póliza <input type="checkbox"/>
El responsable de pago es distinto, favor completar: <input type="checkbox"/>	
Nombre Completo:	Cédula/Pasaporte o RUC:
<small>Si el responsable de pago es distinto al cliente contratante o al asegurado deberá completar un formulario con sus datos para creación o actualización.</small>	
FORMA DE PAGO:	
A). Descuento por tarjeta de crédito (hasta 10 pagos mensuales) Visa <input type="checkbox"/> Master Card <input type="checkbox"/> American Express <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No. de Tarjeta _____ - _____ - _____ - _____ Banco: _____ Fecha expiración _____ / _____ (mm/aaaa)	
b) Débito a cuenta de ahorros o cuenta corriente (hasta 10 pagos mensuales) (adjuntar formulario)	<input type="checkbox"/>
c) Remesa (solo corredor autorizado)	<input type="checkbox"/>
d) Directo en caja (hasta 6 pagos mensuales)	<input type="checkbox"/>
Cantidad de pago: Un pago anual <input type="checkbox"/> _____ pagos mensuales <input type="checkbox"/>	Día de pago: _____ Para a) y b) aplica 10, 15 25 o 30 de cada mes.
CUENTA PARA PAGO DE INDEMNIZACIONES U OTROS:	
Nombre titular de la cuenta:	No. de la cuenta:
Tipo de cuenta: Cuenta de Ahorros <input type="checkbox"/> Cuenta Corriente <input type="checkbox"/>	Banco:

FIRMA Y DECLARACION: Documentos de Identidad Personal (Copia Legible): Para Nacionales: Favor incluya copia de su cédula de identidad personal. Para extranjeros: Favor Incluya copia de su pasaporte o documento equivalente que acredite su estancia legal en el país. (Igual documentos para el Rep. Legal en caso de persona jurídica)

Declaro que todas mis (las) actividades las (se) ejerzo (ejercen) dentro de las normas legales y que los recursos utilizados para el pago de los seguros a adquirir, provienen de los ingresos antes declarados. Declaro que la información contenida en este formulario es verdadera, completa y proporciona la información de modo confiable y actualizado sobre todos los aspectos sobre los cuales se han hecho preguntas. En todos los casos la Compañía se reserva el derecho de aceptar, recargar o declinar esta y cualquier otra solicitud de seguro.

El firmante del presente documento reconoce que Acerta Compañía de Seguros, S.A., filiales, reaseguradoras, socios estratégicos o de negocio y Grupo Económico, cuando sea necesario y requerido, podrán acceder, usar, compartir, manejar, tratar y/o custodiar los datos personales para las finalidades y alcances específicos relacionados con la gestión de sus productos, negociación, servicios y/o contratación de las Pólizas de Seguros o Fianzas, para el uso en el desarrollo de su actividad comercial y servicios financieros, así como se compromete, a mantener la confidencialidad de la información, en concordancia con la Ley No. 12 del 3 de abril de 2012 y la Ley de Protección de Datos Personales No. 81 del 26 de marzo de 2019. Para ampliar información sobre nuestra política de protección de datos podrá referirse a nuestra página web www.acertaseguros.com.

Firma del cliente: _____ el _____ de _____ de _____

DATOS DEL CORREDOR:			
Nombre o Razón Social:	Licencia:		
Nombre de quien firma:			
Firma del corredor o colaborador autorizado:			Fecha: _____ / _____ / _____ (dd/mm/aaaa)
INFORMACIÓN PARA USO INTERNO:			
Tipo de producción: Prod. Propia <input type="checkbox"/> Coaseguro Líder <input type="checkbox"/> Coaseguro No Líder <input type="checkbox"/> Reaseguro Cedido <input type="checkbox"/>		Tipo de Suscripción: Individual <input type="checkbox"/> Colectiva <input type="checkbox"/>	
Forma de facturación: Por póliza <input type="checkbox"/> Por certificado <input type="checkbox"/>	Renovación automática: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Comisión estándar: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Definir: _____	
Grupo Económico:			
Aprobaciones especiales:			
REQUISITOS OBLIGATORIOS:			
Solicitud de Póliza completa, legible y debidamente firmada	Copia de cédula o pasaporte / del Rep. Legal en personas jurídicas	Formulario de pago TCR o ACH (si aplica por forma de pago)	
Otros formularios CTC que sean requeridos completos, legibles y debidamente firmados	Copia del registro público (para PJ)	Confirmación de pago de la primera letra	
Cotización	Cuestionario (cuando aplique)	Correos u otros del cliente, coaseguradoras o reaseguradores (opcional)	
Nombre y Apellido del funcionario que revisa:		Área de Negocio: Comercial <input type="checkbox"/> At. al Cliente <input type="checkbox"/> Fianzas <input type="checkbox"/> Seguros <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> : _____	
Firma:	Cargo:	Fecha: _____ / _____ / _____ (dd/mm/aaaa)	
Firma Supervisor que autoriza:		Fecha: _____ / _____ / _____ (dd/mm/aaaa)	
Firma del Contratante <input type="checkbox"/> Asegurado <input type="checkbox"/> Colaborador <input type="checkbox"/> o Intermediario <input type="checkbox"/> que completa o verifica que se ha completado el formulario bajo su mejor entender.			
Nombre:	Cargo:		
Firma:	Fecha: _____ / _____ / _____ (dd/mm/aaaa)		